

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON CANCER

Diana Marcela Santos Parra

Universidad de La Sabana

Chia
30 de Noviembre del 2005

Resumen

Este artículo, tuvo como objetivo descubrir la relación entre el dolor, el funcionamiento familiar y personal de los pacientes con cáncer. En el desarrollo de las lecturas se encontró que la persona tiende a relacionar el funcionamiento psicológico con la enfermedad manifestándose por medio del dolor. Además se evidencio la importancia de la familia en cuanto a aprender a vivir con los pacientes que padecen el cáncer y sus constantes sufrimientos. En esta revisión teórica, se incluyó temas como dolor crónico y la fisiología de éste, las consecuencias emocionales y físicas de los pacientes con cáncer, su entorno social y familiar, tratamiento y mejoramiento de la calidad de vida.

Palabras claves: dolor, Psicología, cáncer, tratamiento.

Abstract

The work this article is related to was carried out in order to establish the relationship between pain, family and personal functioning of cancer patients. During the development of reading process, it was found that people tend to relate psychological functioning with this illness and this relationship is shown through pain. More over, it was evident the importance of family related to how to live with cancer patients and their constant suffering. During this technical review some topics were included like chronic pain and its physiology, the emotional and physical consequences in cancer patients, their familiary and social environment and the cancer treatment and life quality improvement. Pain, along life time, has been one of the biggest sufferings in human life time.

Key words: pain, psychology, cancer, treatment

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON CÁNCER

La importancia de llevar a cabo el desarrollo de este trabajo, nace de investigar y conocer la influencia del manejo del dolor en los enfermos terminales de Cáncer, ya que es de vital importancia el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. Esta revisión teórica será el resultado de 50 revisiones bibliográficas encontradas entre libros, revistas, paginas web y conferencias. La psicología obtiene un papel importante cuando de intervención se trata, dado que en las psicoterapias se manejan estilos de afrontamiento al dolor, además de mejorar la calidad de vida del paciente, reforzar la importancia del cuidado del paciente paliativo.

El dolor asociado con cáncer es con frecuencia inadecuadamente tratado en adultos y en niños. Los pacientes con cáncer pueden tener dolor originado por causas múltiples. El dolor por cáncer puede ser debido a: progresión tumoral y patología relacionada, cirugías u otros procedimientos terapéuticos o diagnósticos invasivos, dolor muscular por actividad limitada. La incidencia del dolor en pacientes con cáncer depende de la naturaleza y el estado de la enfermedad. En aproximadamente 90% de los pacientes, el dolor por cáncer puede ser controlado con medidas relativamente sencillas (Gosis, 1989; Schug, 1990; teoh, 1992, Ventafridda, 1990), dicho por (Cepeda, Ruiz y Moyano, 1995), indica que el tratamiento inadecuado del dolor y otros síntomas del cáncer es un problema de salud publica serio y descuidado. Debido a que el control del dolor por cáncer es un problema de alcances internacionales, la OMS insiste en que todas las naciones deben ofrecer alta prioridad para el establecimiento de programas de vigilancia del alivio del dolor por cáncer. (Cepeda, Ruiz y Moyano, 1995)

Por esto todo ser humano huye por instinto del dolor y de cuanto cause sufrimiento, y esta actitud es adecuada a la constitución natural del hombre, que está creado para ser feliz y, por tanto, reacciona con aversión ante lo que atente a su felicidad. El rechazo de lo doloroso, de lo que causa sufrimiento, es, en

consecuencia, natural en el hombre. Y, por ello, este rechazo es justo y no censurable. Sin embargo, convertir la evitación de lo doloroso en el valor supremo que haya de inspirar toda conducta, tratar de huir del dolor a toda costa y a cualquier precio, es una actitud que acaba volviéndose contra los que la mantienen, porque supone negar de raíz una parte de la realidad del hombre, y este error puede llevar fácilmente a cometer injusticias y actos censurables por antihumanos, aunque pueda parecer superficialmente otra cosa. Estas ideas son especialmente patentes en el caso de la agonía, de los dolores que, eventualmente, pueden preceder a la muerte. Convertir la ausencia del dolor en el criterio preferente y aun exclusivo para reconocer un pretendido carácter digno de la muerte puede llevar a legitimar homicidios - bajo el nombre de eutanasia - y a privar a la persona moribunda del efecto humanizador que el mismo dolor puede tener”. (Conferencia Episcopal Española, 1993).

Además al hablar del efecto humanizador del enfermo Terminal, se tendrá que abordar temas como la religión y la espiritualidad ya que son dimensiones de lo psicológico, observables en una serie de conductas individuales y practicas culturales; sin embargo, al revisar la literatura especializada, no se encuentra una clara diferenciación entre ellas ni estudios realizados en Colombia sobre su relación con el área de psico-oncología. Es importante abordar la relación entre espiritualidad y religión, dada las distintas posturas al respecto y la dificultad de definir claramente el constructo de espiritualidad, una amplia definición de espiritualidad debe incluir sentimientos de conexión consigo mismo, con la comunidad, con la naturaleza y con el significado o propósito de vida. Las variables relativas a espiritualidad tienden a acompasarse a un rango de conceptos como significado, totalidad, trascendencia, conexión, gozo y paz, y no requieren de la participación en una organización religiosa. Además, como la meta de muchas religiones institucionalizadas es adoptar la espiritualidad, es inevitable la confusión entre el dominio de estas variables. De esta manera, religiosidad y espiritualidad no serian conceptos mutuamente excluyentes, sino que se pueden sobreponer y también existir separadamente. (Echeverri, Porras y Ballesteros 2004)

Dolor

"Es una experiencia sensorial o emocional desagradable referida a un daño tisular o no, que puede ser real o potencial, también es una percepción o interpretación en los centros superiores; el dolor es una respuesta subjetiva a un estímulo nocivo y éste es captado por los receptores periféricos para posteriormente ser transmitido a través de las fibras aferentes a la medula espinal y al sistema nervioso central hasta llegar al área soma sensorial del telen céfalo en donde se origina la respuesta consciente del dolor. Hay gran variabilidad en las respuestas individuales al estímulo nocivo y esta variabilidad en la percepción del dolor se atribuye a las diferencias fisiológicas y psicológicas entre las personas". En red (www.monografias.com).

Según la definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño tisular real o potencial y descrita en términos de dicho daño. Siendo el sistema nervioso el encargado de relacionar a la mente humana con el mundo exterior y permitir la interpretación de los estímulos provenientes de este; el dolor que se relaciona con alteración del sistema nervioso es generalmente crónico, no necesariamente requiere de estímulos externos para presentarse y usualmente es de difícil manejo. (Neurology, 2002).

El dolor es sin duda la experiencia más desagradable que experimenta el hombre y que lo obliga a pedir asistencia médica. En este sentido, el hombre llega con dolor al mundo y casi siempre lo abandona con ese angustioso síntoma, pero entre esos dos momentos, tiene que ocuparse de su alivio más de lo esperado. Por eso es que este tema representa un reto importante en la salud pública. De acuerdo a las estadísticas internacionales, se puede decir que cerca de la tercera parte de la población en los países desarrollados, están afectados por el dolor crónico y de esas, más de la mitad presentan crisis dolorosas parciales o totales, por periodos de días, meses y algunas veces permanentes. La gran mayoría de los pacientes afectados de artritis, neuralgia del trigémino, lumbago, cáncer, etc., no se preocupan tanto de su enfermedad, sino del dolor que la acompaña y que usualmente es el factor principal de su incapacidad para mantener una vida

productiva. En este sentido, el dolor en general y el crónico en particular, implica grandes pérdidas en la economía nacional. Así, se estimaba en la década de 1980 pérdidas por valor aproximado de 60 billones de dólares anuales en la población americana, por concepto de subsidios, días laborales perdidos, costo de atención médica, etc. El dolor crónico asociado al cáncer, es permanente, difícil de aliviar y conduce al enfermo a la inactividad y la depresión, por lo que su conocimiento, prevención y alivio, es uno de los grandes problemas que se hace necesario solucionar dentro del terreno de la Salud Pública y consideramos que no solo es posible, sino que es urgente y debe convertirse en un objetivo inmediato de la medicina actual. (Urguelles, 1998).

Varias investigaciones han descubierto que uno de los peores sufrimientos del ser humano es la fibromialgia, dado que los médicos que quieren a los pacientes de fibromialgia deben notar un tipo de personalidad distinto. Los síntomas de ansiedad y depresión casi siempre acompañan la fibromialgia. Esto no hace un desorden psicológico a la fibromialgia. Muchos de los síntomas son parte de cualquier síndrome donde una persona tiene el dolor crónico. (Childs, Tyler, 2003

Generalidades Del Dolor Agudo

“Generalmente por lesión o herida bien definida, limitado en el tiempo y predecible. Es evidente pues se hace acompañar de signos muy claros como ansiedad, taquicardia, taquipnea, sudoración, dilatación pupilar, llanto persistente, nada consuela al niño. En el paciente con cáncer puede indicar progresión de la enfermedad son de corta duración. Paciente expresa muchos gestos dolorosos, dependientes del SNV, hay ansiedad por la duda del origen” en red (www.monografias.com)

Generalidades Del Dolor Crónico

El Significado De Dolor Crónico

Había acuerdo general interdisciplinario que la dimensión psicológica se relaciona al significado de dolor crónico. El primer componente de esta dimensión

es el afectivo, o la inmediata desagradable sensación. Este componente es reactivo, varía con la intensidad y puede aumentar o disminuir la percepción del dolor. El componente afectivo descrito en la literatura incluye contestaciones de tensión, ansiedad y enojo. Es el aspecto afectivo de dolor crónico que puede diferenciar aquéllos que han tenido algún trauma anterior, emocional o físico. (Breen, 2002)

El dolor crónico constituye uno de los grandes problemas de la salud contemporánea. Se considera el principal motivo de demanda de asistencia médica (Penzo, 1989) dicho por (Zas, Carbonell, Nancy, Grau, 1995). y también el factor más temido en una enfermedad Terminal, más que la muerte o la pérdida de un miembro. Jenkins (1988) dicho por (Zas, Carbonell, Nancy, Grau, 1995) lo ubica entre los 21 problemas de salud que constituyen un reto para las ciencias sociales. Uno de los desafíos más importantes que presenta el dolor crónico a la Medicina Contemporánea es la necesidad de su abordaje multidisciplinario. En el estudio y tratamiento del dolor hay que tener en cuenta su origen multicausal y hay que establecer diversos niveles y procedimientos de intervención dirigidos al logro de la rehabilitación del paciente. Especialistas de campos tan poco afines como la anestesiología y la psicología, la medicina interna y la cirugía, la ortopedia y la psiquiatría, la neurofisiología y la fisioterapia tienen que encontrar un lenguaje común, definir su objetivo y métodos propios y delimitar sus estrategias de intervención en función de las fronteras de acción de las restantes especialidades (Martin, Grau y otros, 1993^a). (Zas, Carbonell, Nancy, Grau, 1995).

El dolor crónico se define como aquel que dura más de tres meses, que se sigue presentando ya reparado el daño tisular o sin necesidad de este y que genera incapacidad o cambios en el comportamiento. Dentro del dolor Crónico existe un tipo específico de dolor que representa un reto al manejo médico: el dolor neuropático. Una alteración del nociceptor o la presencia de circuitos disfuncionales o aberrantes del nervio periférico puede causar dolor neuropático. (Neurology, 2002).

El dolor Nociceptivo es causado por el daño al tejido. Normalmente se describe como afilado, mientras duele, o el dolor es palpitante. Es a menudo debido a tumores o células de cáncer que están creciendo más grande y están

apiñando las partes del cuerpo cerca del sitio de cáncer. También puede ser de cáncer que ha extendido a los huesos, músculos, o juntas, o causó un obstáculo de un órgano o los vasos de sangres. El dolor de Neuropático pasa cuando hay daño del nervio real. Puede causarse por un tumor que aprieta en un nervio o un grupo de nervios. Las personas describen a menudo este dolor como un quemar o la sensación pesada, o entumecimiento. En red (www.cancerpainatmedtronic.com)

Es probable que la persona con dolor crónico permanezca inactiva y sea incapaz de desempeñar sus papeles sociales normales como miembro de una familia, empleado o compañero de ocio. La teoría conductual ha ofrecido un fundamento conceptual para comprender y tratar esta forma de invalidez, que ha recibido apoyo empírico considerable. Sugiere que la conducta de los pacientes con dolor crónico esta influenciada por estímulos y consecuencias sociales y medioambientales. Las pautas de refuerzo para las conductas de bienestar y de enfermedad estan totalmente controladas por el grupo social inmediato. Las quejas de dolor tienen con frecuencia escasa relación con la patología orgánica (Fordyce, 1976). La cojera, los gestos o las quejas verbales indican dolor y solicitan atención y consideración por parte de las demás personas. Algunas consecuencias de la conducta de dolor, como la atención extra suministrada por amigos y familiares, o la habitación de situaciones adversas como un trabajo desagradable, sirven para reforzar y mantener la conducta de dolor. (Stokes, 2000)

Psicología Del Dolor

El dolor crónico constituye un problema clínico de gran importancia, y con las repercusiones considerables para lo social, familiar y ambiente de trabajo. Ambos síndromes de dolor crónicos de una naturaleza del neoplastic, a veces asociados con los procesos del término, y los síndromes benignos llamado: la migraña, la neuralgia, etc., lleva en un arbitrario y poco digno sufrir, y tiene notables consecuencias en el desarrollo psicosocial y autocontrol de una persona. El acercamiento clínico al dolor crónico, por lo que se refiere a la investigación y tratamiento, se ha caracterizado por su naturaleza multidisciplinaria que es el resultado de la complejidad del problema. Así, la consideración de factores psicosociales ha hecho una contribución notable a la comprensión y tratamiento de

estos síndromes. Entre los factores diferentes pertinente a la valoración psicológica y tratamiento de dolor crónico, aquéllos de una obra de naturaleza cognoscitiva un papel prominente, debido principalmente al hecho que el dolor es un fenómeno perceptor. De hecho, los factores cognoscitivos son principalmente responsables para el examen final (cortical) la parte del proceso de percepción, para que, sin substraer la importancia del más sensorial e incluso los aspectos emocionales de dolor, el punto integrando final es cognoscitivo en el carácter. La propuesta inicial para incluir los procesos del mando centrales como algo determinante del dolor, los numerosos autores han señalado la influencia de variables cognoscitivas en la percepción de dolor y en los esfuerzos del paciente para cubrir con el dolor, también enfatizando la importancia firme de estas variables en el problema de dolor crónico”: (el Turk y cols., 1983; El Turk y Rudy, 1986,; Keefe y Williams, 1989,; Jensen y cols., 1991b; Keefe y cols., 1992a; El Turco y Rudy, 1992) dicho por (Comeche, Diaz, Vallejo, 1999) . De las variables cognoscitivas diferentes que pueden mediar en la experiencia de dolor, nosotros hemos seleccionado para la revisión aquéllos que parecen tener la más gran relevancia en los problemas de dolor crónico, mientras juzgando de la cantidad de trabajo empírico que ellos generan y la importancia y naturaleza polémica de sus resultados. Estos dos conceptos, las atribuciones y creencias, ambos que viene de la psicología social, y claramente interrelacionada, ha sido el objeto de estudio debido a su influencia en los asuntos de la manera de confrontar el dolor, en la adhesión al tratamiento programa y en la contestación del paciente a la intervención”: (Schwartz y cols, 1985,; Riley y cols, 1988 y Williams y Espina, 1989) dicho por (Comeche, Diaz, Vallejo, 1999) . Algunos estudios se refieren a una tendencia en los pacientes de dolor crónicos atribuir su dolor a las causas orgánicas. En este sentido, se encuentran las diferencias significantes entre las causas de dolor informadas por los pacientes de dolor crónicos y asuntos del normal. Aunque los pacientes de dolor crónicos adujeron las causas principalmente orgánicas, los asuntos del mando consideraron que los factores psicológicos fueron esos responsable para los problemas de dolor. Además, en los pacientes de dolor crónicos una correlación significativa se observa entre las atribuciones orgánicas y creencias que su dolor se controla por los factores externos (la suerte, o el poder de otros) se desarrolló una encuesta para medir a los pacientes de dolor crónicos las creencias de sobre su

dolor (las Creencias de Dolor e Inventario de Percepción), identificando tres dimensiones: un primero (temporal) dimensión que incluye creencias que el dolor es y continuará siendo un rasgo constante de la vida del paciente; una segunda dimensión en involucrando creencias que el dolor es un misterioso y pobremente-entendió el fenómeno; y un tercero (el mismo-reproche) dimensión que incluye creencias que el dolor se causa y mantuvo por el paciente, se relaciona la primera de estas tres dimensiones negativamente a los pacientes la adhesión al tratamiento según estos autores. Pacientes que creen que su dolor son la muestra durable menos interés cumpliendo las demandas de tratamiento. Entretanto, pacientes que creen que su dolor para ser un fenómeno misterioso, aparte de presentar la adhesión pobre al tratamiento, también el presente la autoestima baja y los niveles altos de somatización. (Comeche, Diaz, Vallejo, 1999)

Fisiología Del Dolor

“Las fibras mas delgadas de la raíz posterior, portadoras de la sensibilidad al dolor y a la temperatura, se dividen en las zonas de Lissauer en ramas ascendentes y descendentes, pero solo por muy corto trecho: sus ramificaciones terminan contactando neuronas de distintos núcleos del asta posterior. Los axones de estas neuronas pasan al cordón lateral del lado opuesto y ascienden para llegar al tálamo como parte del fascículo espinotalámico lateral que, como el anterior, termina en el núcleo ventral posterolateral del tálamo. La vía sensitiva se completa con la fibra que de este núcleo pasa al área sensitiva de la corteza. El cruzamiento de estas fibras sensitivas en la medula explica la pérdida de la sensibilidad en el lado opuesto por debajo del sitio de las lesiones del cordón lateral de la medula y su localización precisa indica el segmento en que la vía se ha interrumpido” (Bustamante ,2001).

El Tálamo Y El Dolor

Las fibras que conducen los estímulos dolorosos, y que forman parte de los fascículos espinotalámicos lateral y trigeminotalámico, terminan en los núcleos ventral posterolateral y ventral posteromediano, respectivamente. Debemos señalar, sin embargo, que la destrucción de estos núcleos no produce abolición de

la sensibilidad dolorosa, la cual tampoco se pierde, como acabamos de mencionar, por la destrucción de la corteza donde estos núcleos se proyectan. Por el contrario, la destrucción de estos núcleos da origen al llamado síndrome talámico de Dejerine y Roussy, caracterizado por una reacción exagerada a los estímulos dolorosos y térmicos y por crisis paroxísticas espontáneas de dolor, en el lado anestesiado, generalmente de tipo quemante, acompañadas de gran sensación de malestar y sufrimiento o, en otros términos, de un intenso componente afectivo. Una explicación de la persistencia de los dolores luego de la destrucción de los núcleos de relevo, y que es una aproximación para comprender los mecanismos del dolor central, es la siguiente: las fibras que conducen los estímulos dolorosos no terminan solo en los núcleos de relevo, sino también en los núcleos intralaminares y entre ellos en el núcleo parafascicular, y es muy posible que sea en estos donde los estímulos dolorosos alcanzan un nivel de conciencia (Bustamante., 2001).

“La talamotomía se ha empleado como tratamiento paliativo del dolor intratable, aunque ciertas lesiones talámicas limitadas pueden producir, paradójicamente, dolor persistente (talamico)” (Stokes, M, 2000).

“El dolor Referido esta asociado con los procesos viscerales que pueden percibirse en lugares alejados de un miembro o del tronco. Por ejemplo, la isquemia cardíaca puede producir dolor en el brazo izquierdo y la colelitiasis en el hombro. La causa del dolor referido es que las neuronas del asta posterior de la medula espinal reciben impulsos convergentes de los nociceptores de los miembros y de los aferentes viscerales. El cerebro aparentemente interpreta la actividad en la vía de proyección como de naturaleza somática en lugar de visceral”. (Stokes, M, 2000).

Dolor Central Vs Periférico

El término como el dolor central y periférico se refiere al sitio anatómico del estímulo nocivo. El estímulo nocivo fuera del sistema nervioso central el refiere al "periférico." El periférico incluye vísceras y nervios craneales, raíces del nervio espinales, los ganglios de la raíz dorsales y el sistema del

autónomo periférico. Se comienza el dolor central del cordón espinal o los intracraneales duelen las sendas. (Russo, C, Brose, W, 1998)

Somático VS Visceral

El par somático se refiere para animar fibras en la periferia que está envuelto con la entrada sensoria esto es diferente de dolor visceral que incluye y signo de la lesión de un órgano interior o cubierto. (Russo, C, Brose, W, 1998)

Valoración Del Dolor Por Signos Fisiológicos.

“Comprende las mediciones de presiones de oxígeno transcutáneo, la tensión arterial, liberación de los niveles de cortisol, glucagón y catecolaminas. El dolor afecta múltiples sistemas orgánicos con alteraciones en las funciones neuroendocrinas, respiratorias, de la función renal, la actividad gastrointestinal, la circulación y la actividad del sistema nervioso autónomo. Es importante enfatizar que ninguna de las evaluaciones del dolor es completa si no incluye una medida del dolor y de las reacciones ante éste. Las diferentes modalidades de evaluación el dolor son complementarias no competitivas”. En red www.odontopediatria.com.

Fenómenos Del Dolor

Efecto Placebo

“El dolor es aquel fenómeno que se define como la respuesta a un estímulo ofensivo que se presenta ante la neurona receptora, esto se expresa en el sujeto como una sensación desagradable. Todo esto a su vez lleva a la activación de un mecanismo de alertas que desatan reacciones motoras sobre los sistemas musculares y neurovegetativos. Entonces en la experiencia de dolor participan todos los sistemas neurofisiológicos, bioquímicas y psíquicos del organismo, esto dependiendo del tipo de lesión o el área que ha sido afectada por este estímulo ofensivo”. En red www.el-mundo.es.

Luego de esta definición generalizada del dolor, es posible hacer referencia a la dualidad que se da entre los conceptos placebo y dolor. El Efecto

Placebo en general, tiene como función o finalidad el terminar con los síntomas, dolores, molestias, signos e indicadores de que algo ocurre en nuestro organismo, entendiendo estos signos como todos aquellos que perturban nuestro comportamiento cotidiano y normal. Por esto se puede afirmar que existe una gran asociación entre el efecto placebo y el dolor. Esta asociación o conexión que se da, entiende o describe como un fenómeno generado en la mente o psique del paciente, a través de lo cual se produce una disminución en la intensidad del dolor percibido por el sujeto, sin la necesidad de que exista un método terapéutico, físico, psicológico o químico. Aquí lo que ocurre es que la influencia se percibe más allá de la eficacia propia de un determinado fármaco. Esta misma situación en el ámbito biológico y químico del organismo humano se puede entender de la siguiente forma: Para que se dé este tipo de analgesia frente al dolor, es necesario antes que nada suponer que el paciente tiene una completa y compleja subjetividad con respecto al Placebo, es decir, la sustancia. Esto generará secreción de varias sustancias, como los polipéptidos del grupo mórfico, que son elementos de proteínas que tienen efecto analgésico, ejemplo de éstas son la leuencefalina y metencefalina, y otros opiáceos endógenos como las endorfinas, sustancia que se origina en el precursor hipotalámico. Éstos liberan anestésicos naturales cuando comienzan a funcionar las albúminas heterólogas (proteínas de la sangre) en la hipófisis anterior. Así mismo la hormona serotonina cumple o desempeña su función analgésica, la cual contiene como molécula precursora el amino I-tripofano, que también es liberada por la hipófisis anterior, y ésta última estimula la glándula suprarrenal y a sus hormonas inhibitoras-estimuladoras, como la adrenalina, el cortisol, la epinefrina y la aldosterona. Según todo lo anterior se puede decir que el efecto placebo genera situaciones de curación frente al dolor y también la inflamación, al estimular la secreción de opiáceos y hormonas (Silva, 2002)

También existe una explicación del efecto, pero a nivel cerebral: La corteza prefrontal -área activada por el placebo- se relaciona con la motivación, aspectos abstractos del pensamiento y con algunas depresiones en las que se ha descrito una disminución de la perfusión -flujo sanguíneo- de esta misma zona explica el Doctor Heerlein. Siguiendo con el tema cerebral, existe una teoría que

describe, desde su postura, lo que ocurre frente al uso de Placebo, es la teoría creada por Milton Erikson, conocido como el padre de la Hipnoterapia Moderna. Él reconoce una estrecha conexión entre la mente, el cerebro y el cuerpo. Y su teoría postula que existen redes de información que pasan desde el ambiente externo del sujeto al cerebro y, a continuación, a todo el cuerpo, a través de lo que ellos llaman “moléculas mensajeras”. Uno de los discípulos de su teoría, el Dr. Ernesto Rossi, plantea que las curaciones milagrosas o espontáneas no son valoradas o reconocidas en forma positiva por la ciencia debido a nuestra mente racional, y que como estas curaciones no son válidas ni confiables debido a su irregularidad, éstas no existen para la ciencia. Además dice que para una parte de la ciencia tradicional, el efecto placebo es un “factor fastidioso. La teoría Eriksoniana considera que existen muchas enfermedades las cuales, desde su punto de vista, pueden ser curadas al conocer el tipo de comunicación psicofísica, dentro de esto está el placebo y también algunos factores determinantes del estrés. En red (www.buenasalud.com)

Para concluir con el tema de Placebo-Dolor se han incluido en la investigación algunos casos reales para demostrar que la respuesta al Placebo no sólo se puede manifestar en la cura, sino también en la enfermedad, y luego algunos comentarios con relación al efecto placebo y a los casos presentados. Esto, con el fin de aclarar y permitir reflexionar sobre el uso del Placebo. En red (www.el-mundo.es, 1999).

Miembro Fantasma

Los signos y síntomas típicos de la enfermedad psiquiátrica se ordenan como sigue: conciencia, emoción, conducta motora, pensamiento; percepción. Dentro de la percepción que es la conciencia de objetos y relaciones que sigue a la estimulación de los órganos sensoriales periféricos se encuentran

- a) Las alteraciones asociadas a enfermedad cerebral orgánica, como la agnosia, que es la incapacidad de conocer e interpretar el significado de las impresiones sensoriales.
- b) Las alteraciones relacionadas con la histeria, caracterizadas por el conflicto emocional.
- c) Las alucinaciones que son las falsas percepciones no asociadas estímulos externos
- d) Las ilusiones que son las falsas percepciones

sensoriales de estímulos sensoriales externos reales. (Bermejo, 1991)

Algunos de los trastornos más comunes observados en las clínicas del dolor crónico son: A. Psiquiátricos, B. Musculoesqueléticos, C. Isquémicos, Neoplásicos, Neurológicos dentro de éste se encuentra el miembro fantasma y otros trastornos como el síndrome articular temporo mandibular (bruxismo) o artritis. (Bermejo, 1991).

El dolor dental, nasal, sinusal, oftálmico u otológico, gota, pancreatitis aguda. El miembro fantasma y dolor fantasma es la sensación de que una parte amputada del cuerpo está todavía unida a él. Es normal tras la mayoría de las amputaciones. Las sensaciones dolorosas fantasmas son raras, pero pueden derivar de las anomalías de los terminales nerviosos o de otra de localización central. El síndrome de dolor post traumático, se da entre dos y cinco por ciento de los pacientes tras una lesión nerviosa y puede contribuir al dolor fantasma. Los fenómenos autoscópicos son fenómenos vegetativos que no son por regla general sintomáticos de ningún trastorno mental en particular. Consisten en experiencias alucinatorias en que la totalidad o parte del cuerpo de una persona es percibido como si se viese en un espejo. Es un fenómeno raro, aunque puede tener cierta relación fenomenológica y psicodinámica entre la autoscopia y fenómenos para alucinatorios tales como las imágenes eidéticas, las compañías imaginarias, la imaginaria hipnagógica, la clarividencia y algunos trastornos que implican la vivencia anómala de la imagen corporal, como ocurriría con el miembro fantasma. El miembro fantasma es también llamado Alucinación cinestésica que es la falsa percepción de movimiento muscular. Un amputado puede sentir el movimiento en el miembro que le falta. Para terminar quiero dejar en claro que dentro de la sensibilidad somática hay unas manifestaciones clínicas como son: el dolor, la pérdida de sensibilidad, aumento de ésta o hipertesia, sensaciones espontáneas anormales o inducidas, como por ejemplo toda experiencia sensitiva desagradable o dolorosa. Inducida por estímulos habitualmente no dolorosos o estímulos dolorosos intensos o no dolorosos que suscitan gran dolor, el cual puede acompañarse de un gran componente emocional. (Bermejo, 1991)

Los síndromes sensitivos que son la afectación de los nervios periféricos y la sensibilidad dolorosa dentro de los cuales está los dolores del muñón y del miembro fantasma, se presenta en el 80% de los amputados. Suele iniciarse tardíamente. El dolor se describe como punzante, agudo o quemante. Puede ser desencadenado por la estimulación táctil de áreas contiguas y actividades viscerales. (Bermejo, 1.991).

El Dolor Y La Cultura

Se sabe de antemano que la percepción de la población hacia el dolor cambia dependiendo de los valores y principios de cada país, por ejemplo en África a las niñas de 10 años se les arranca el clítoris sin anestesia ni nada para que en sus relaciones posteriores no sientan placer, esto es totalmente irracional e inhumano pero así lo manejan la cultura Africana, pero de este modo también existen culturas que tienen su forma de llevar el dolor y no han sido investigadas. Los Valores culturales y Creencias particularmente con el inmigrante, transformando los grupos Latinos, juegan un papel crítico en la valoración de dolor. Las lesiones de trabajo relacionadas para los obreros Latinos son percibidos y lo manejan dentro de un contexto de expectativa cultural y significativo. Esta forma de entender el dolor a través del punto de referencia de la cultura se ha demostrado antes pero no se ha identificado totalmente o no se ha descrito con los Latinos. Se han visto históricamente como se observa directamente las perspectivas clásicas de dolor que son moderado por la ansiedad, depresión, miedo, familiaridad, y la etiología del duelo. Es esto el telón que ha caracterizado la comprensión de dolor y ha guiado las intervenciones para la población general. Haciendo una vez mas una mirada al dolor moderno, reconoce que un estímulo físico puede o no llevar a la percepción, y el daño del tejido puede o no llevar a la sensación desagradable de dolor (Wall, 2000) dicho por (Cervantes, Lechuga, 2004).

: el dolor nunca se descubre como una sensación aislada. El dolor siempre esta acompañada por la emoción y significado para que cada dolor sea único e individual (pág. 30). Wall (2000) dicho por (Cervantes, Lechuga, 2004). La

reconceptualización de la experiencia de dolor considera varios tipos de dolor que debe verse como único y definido según la experiencia del individuo en particular. Esta es la apreciación más comprensiva de la experiencia de dolor de un individuo, no sólo considera la variabilidad individual, también la etnia y la cultura y las influencias sociales del individuo es decir, la experiencia. Ha terminado esta perspectiva que una comprensión de dolor para los grupos Latinos proporcionan una referencia cultural. La familia y su interdependencia continúan siendo de importancia central a la mayoría de las poblaciones Latinas, con tal de que una presentación clara de valores Latinos y cultivada en una descripción de creencias: la orientación de grupo, acentúe en la armonía en las relaciones interpersonales, lealtad y la atadura a la familia nuclear y extensa, diferencia y obediencia a la figura de autoridad, orientación del tiempo, el dominio fuerte del varón, los papeles del género, y una prevalecía religiosa y orientación espiritual. Es importante anotar que estas caracterizaciones de valor tienen una gran variabilidad y se modera por las diferencias del interés étnico, la aculturación, el estado socio-económico, y las creencias religiosas y espirituales. El dolor probablemente se media dentro de un fondo familiar y extendido más grande y está abrumado con las expectativas culturales significantes. Más allá de las actitudes y conocimiento, los profesionales luchan por poder tener un impacto en la complacencia del tratamiento, y la presentación de dolor y el proceso de cubrir con el papel con las familias. Varios autores apoyan los temas de valores definido por Marin y Marin y cómo esta población del target de Latinos las enfatizan (Falicov, 1998,; El Lopez & Carrillo, 2001,; Paniagua, 1998) dicho por (Cervantes, Lechuga, 2004) y por la implicación, el significado de dolor que sigue un trabajo-relacionado. Así, la valoración de un herido el dolor de obrero Latino requiere el conocimiento de proveer y aumentó sobre la sofisticación sobre cómo las percepciones de familia, las ataduras emocionales y familiares relacionadas, y los papeles del género operan para el individuo. En la ayuda de miembros familiares pertinentes puede necesitar ser considerada e incorporado en la valoración y tratamiento del paciente. Una advertencia es que no será posible saber todo lo étnico y cultural. (Cervantes, Lechuga, 2004).

Algunos estudios destacan que los afro americanos se basan más en la religión que los anglosajones o caucásicos como esperanza para mejorar; en pacientes oncológicas, las hispanas prefieren la distracción y las caucásicas buscan más apoyo emocional. Según Infante y Moix, en el dolor crónico se tiende a la estrategia religiosa, "que puede ser eficaz como ayuda indirecta para aceptar la enfermedad y como motivación para combatirla". Las limitaciones psicológicas también pesan cuando el dolor se cronifica: los afroamericanos muestran más miedo y tensión que los blancos, pero también refieren más trastornos de estrés postraumático, irritabilidad, trastorno depresivo y del sueño, así como una mayor incapacidad física. En pacientes con artritis reumatoide, los pacientes hispanos presentaban más síntomas de depresión que los anglosajones. En enfermedades como el cáncer, las mujeres afroamericanas sentían menor angustia y depresión que las caucásicas y, sobre todo, que las hispanas. La etnia puede dificultar también el tratamiento del dolor: al hospital de Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat) llegan pocos pacientes de fuera, a pesar de estar en una población con gran densidad de inmigrantes: "Las mujeres árabes vienen temerosas, acompañadas del marido o el hijo, les cuesta mucho más expresar su sufrimiento y tenemos que hacer la exploración con mucha más cautela", explica Antonio Montero, jefe de anestesiología y reanimación. (Ambrojo, J, 2005).

El Paciente Con Cáncer

El cáncer es una enfermedad que aqueja a un gran número de personas en todo el mundo; esta aumento de manera progresiva a lo largo del siglo XX (Bayes, 1984) dicho por (Novoa, Cruz, Rojas, Wilde, 2003); Instituto Nacional de Cancerología INC 2002. Existen aproximadamente 200 variedades de cáncer mas frecuentes es el cáncer de próstata con 3172 nuevos casos, convirtiéndose en la segunda causa de mortalidad en la población masculina. (Novoa, Cruz, Rojas, Wilde, 2003).

Por otro lado a las mujeres también las atacan el cáncer en un porcentaje considerablemente alto, pero los estilos de aceptación y afrontamiento a la enfermedad se tornan un poco más oscuros. Aunque numerosos estudios tienen

mujeres examinadas psicológicamente de Cáncer, un mayor retorno de la búsqueda han tenido la abstinencia de teorías relacionadas con el desarrollo psicológico de las mujeres. Las teorías usadas por búsquedas explican la adaptación de las mujeres a serias enfermedades no reconocidas en sus roles y diferencias en desarrollos psicológicos entre hombres y mujeres. Por ejemplo, mas estudios examinan las relaciones sociales y los ajustes de mujeres a enfermedades conceptualizando sus relaciones como unilaterales y mirando un soporte recibido desde sus relaciones. Además desde un perspectiva femenina el autoconcepto de las mujeres es basado en una participación mutua en una relación, un auto concepto de una mujer dar un soporte como bien un soporte recibido. (Kayser, Karen, Sormanti, 1999)

Las clases de cáncer que mas padecen las mujeres, es el cáncer cervicouterino, en un estudio se evaluaron a mujeres con cáncer cervicouterino, el cual es considerado un importante problema de salud pública. Según las estadísticas, en 1983 este tipo de cáncer ocupó el primer lugar de todos los canceres, siendo la mortalidad en el grupo de mujeres mayores de 25 años, de 21.8 por 100 mil mujeres. Según esta misma fuente, el Registro Nacional del Cáncer realizado en 1983 estudios de morbilidad en los que se encontró que el cáncer cervicouterino constituyó el 29% de todos los canceres del Hospital General de Mexico y el 31% de los del Instituto Nacional de Cancerología. Sin embargo, en hospitales especializados en la mujer (Hospital de la Mujer, de Ginecoobstetricia del IMSS), el porcentaje subió al 60 o 70%. Como parte de una línea de investigación sobre los efectos que la estimulación aversiva, física o simbólica, puede tener sobre el funcionamiento psicobiológico de los individuos, se evaluó el tipo y nivel de ansiedad y los estilos de afrontamiento de un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino. La muestra se conformó con 71 pacientes que asistieron al consultorio de Psicología del Servicio de Oncología, Instituto Mexicano del Seguro Social. Se aplicó el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva somática y el inventario de Estilos de Afrontamiento. Las reacciones mas altas fueron preocupación excesiva, falla en la concentración, sudoración, taquicardia, aislamiento social, negación y afrontamiento al problema. Se concluye con algunas consideraciones sobre las causas de las reacciones encontradas y se hace una

propuesta de intervención psicológica. (Valderrama, Carbellido, Domínguez, 1995)

Otro mal que preocupa demasiado a la mujer es su estado psicológico hacia el cáncer de Mama; el diagnóstico de un Cáncer de Mama y los tratamientos que lo acompañan son sin duda elementos capaces de mermar el bienestar psicológico de las mujeres sometidas a esta experiencia; no obstante, la literatura pone de manifiesto que este afecta pernicioso como relativamente breve, y que la mayoría de las pacientes alcanzan con el tiempo sus estándares previos de bienestar (por ejemplo, Siegel, 1990) dicho por (Ferrero, Toledo, Barreto, 1995), llegando incluso algunas pacientes a informar de cambios favorables en su calidad de vida tras el diagnóstico de cáncer (por ejemplo, Taylor, 1983) dicho por (Ferrero, Toledo, Barreto, 1995). (Ferrero, Toledo, Barreto, 1995).

Aunque, en México se hizo un estudio basado en el poco interés de la mujer hispana en protegerse de cáncer. Los factores demográficos para bajar las proporciones de cáncer de pecho que protege la conducta de la mujer hispana son pobre educación, bajo estado socio-económico y falta de acceso a los servicios de cuidado de salud. La raza y la etnicidad también están relacionada con un bajo uso de técnicas de protección de cáncer de pecho y el diagnóstico tardío de cáncer; probablemente debido a una confusión entre el estado socio-económico y la etnicidad de la raza. Mostrado eso la diferencia en la fase de diagnóstico de cáncer entre el afro americano, hispano, y non-hispano las mujeres Caucásicas se explicaron en una estadística, la interacción significativa entre raza y etnicidad. Además, falta de que protección, recomendación e intervención por médicos y otros proveedores de cuidado de salud son de forma consistente cáncer del pecho un predictor fuerte de proporciones bajas de proteger las conductas entre las mujeres, sin tener en cuenta la raza y etnicidad. Richardson et al encontrado esa salud al cuidado del proveedor y su instrucción entre las mujeres hispanas era un predictor fuerte de desempeño correcto y regular. Otras barreras a los servicios del cuidado de la salud como el costo y resultado de transporte en las proporciones bajas de cáncer del pecho que protege y se arriesga para el diagnóstico de la fase tardía entre las mujeres hispanas. Una asociación entre la aculturación y el cáncer

del pecho que protegen la conducta de mujeres hispanas se ha sugerido a través de la literatura; sin embargo, los resultados son incoherentes. Algunos estudios no encontraron ninguna relación entre la aculturación y protección del cáncer. Una razón para esta inconsistencia es normalmente una correlación favorable entre los factores socio-económicos y aculturación. Así, la cautela debe tomarse para evitar investigar aculturación y los factores socio-económicos separadamente del intentar del cáncer del pecho que protege las conductas. (Borrayo, Guarnaccia, Mahoney, 2001).

Los Cuidadores Y Familiares Del Enfermo De Cáncer

Cuidar a un familiar enfermo es una situación estresante, ya que se deben afrontar necesidades crecientes del miembro dependiente, sobrellevar conductas disruptivas, encarar situaciones de restricción de la libertad y la pérdida de un estilo de vida anterior. La familia debe abordar nuevas tareas relacionadas con la enfermedad, tales como la incapacidad y el dolor y los tratamientos especiales y característicos del ámbito hospitalario. También le incumben tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital interrumpidas por la situación de crisis. Surgen sentimientos perturbadores (fracaso, incertidumbre, ansiedad, autorreproche, culpa) que afectan a todos los miembros y que hace peligrar una auto imagen satisfactoria y el sostén del guión y de la identidad familiar. Frente a esta situación disruptiva emergen sentimientos de soledad, desagradables, penosos e involuntarios, frente a una problema experimentado como desprotección, como perdida de la situación de apego seguro (Muchnik y Seideman, 1998) dicho por (Stefani, Seideman, Pano, Arichi, 2003). (Stefani, Seideman, Pano, Arichi, 2003).

Además, los familiares cuidadores juegan un papel vital en el cuidado físico y psico social que necesita el pacientes con la enfermedad. Los últimos 5 años se ha visto en aumento las tendencias hacia la descarga temprana del hospital, los cuidados en la casa se incremento para los protocolos del tratamiento, y la transformación de papel de los cuidadores de la convalecencia de la promoción a participar activamente en el logro de metas del tratamiento. A pesar del cambio en

del cuidado del paciente en la casa, y el levantamiento concomitante la expectativa de cuidadores, el sistema de cuidado de salud ha sido lento y es difícil reconocerlo psicológicamente, socialmente y el gasto financiero asociados con el cuidado. El cuidado de los familiares los convierte en miembros más activos de la salud, el equipo con pequeña o ninguna preparación en la dirección de la enfermedad, a veces bajo las circunstancias súbitas y extremas. (Glajchen, 2003).

El Rol Del Psicólogo En El Manejo Del Dolor

La importancia de la psicología, entendimiento y tratamiento del dolor, fue reconocida en las teorías nociocéptivas muy tempranamente. Estas teorías aceptaron la gran influencia del cerebro medio y las estructuras corticales cuando se expresaba dolor. Simultáneamente, con el avance de la psicología del Comportamiento en los años, 1950 y 1960, el papel de este ambiente estaba formando tratamientos Comportamentales y al mismo tiempo quejas, esto fue lo que desarrollo la psicología. Pero después se dieron cuenta que los pacientes que sufrían de dolor crónico e incesante y además se levantaron de la invalidez, la psicología encontró la oportunidad en este campo en tratamiento del Dolor, después el reconocimiento creció y se extendió y el problema y la invalidez de muchos pacientes podía ser explicada desde la psicología y un tratamiento cognitivo-conductual. (Eccleston, 2001).

Actualmente, psicólogos en general, e incluso los psicólogos de la medicina conductual, típicamente no se involucra con el dolor crónico y el cuidado del paciente hasta que muchos de los tratamientos médicos han fallado. Como un miembro o gerente de un equipo de dirección de dolor multidisciplinario, sin embargo, el psicólogo se permite el lujo de la única oportunidad de participar y dirigir el cuidado médico del paciente con dolor crónico, valoración y tratamiento. Médicos en el equipo confían a menudo en los psicólogos para informar qué tipo de tratamiento debe comenzarse primero y bajo qué condiciones. Por ejemplo, el psicólogo determina si un paciente es un candidato conveniente para quirúrgico o hay que llevar un procedimientos de terapia invasiva o medicaciones que tienen un potencial alto para el abuso. La eficacia de dirección del dolor, multidisciplinaria y de observación, para una

revisión meta-analítica y psicológica de las intervenciones para el dolor crónico se ha documentado bien. Dado este contexto y porque muchos psicólogos no entienden el alcance de este tipo de práctica, hay que reconocer la importancia de perfilar las únicas contribuciones del psicólogo del dolor, y el hacer parte del equipo multidisciplinar. Por otro lado, la dirección de dolor multidisciplinaria típicamente tiene un médico de la medicina o un anestesiólogo como el director, aunque psicólogos están tomando más recientemente también los papeles de dirección, particularmente con programas que tienen una orientación más integrada a su filosofía. En particular, el psicólogo de dolor ofrece la única especialización en integrar la valoración y tratamiento. Además, el psicólogo de dolor puede ayudar en mejorar las relaciones del doctor y paciente, en mejorar la adhesión al tratamiento, y las frustraciones relevando de otros miembros del equipo que trabajan con esto la población desafiante de pacientes. El psicólogo de dolor ofrece una única contribución al equipo cognitivo conductual, y las modalidades de tratamiento de autorregulación fisiológicas. Finalmente, el dolor psicológico puede dar la mejor proporción a una perspectiva integrada que abarca factores físicos y psicológicos relacionados al dolor crónico. (Eric, Raymond, 2001)

Tratamiento Para El Dolor En Pacientes Con Cáncer

Modelo de Adaptación Psicosocial

La adaptación Psychosocial al cáncer es el proceso continuado de ajuste a la variedad de stressores de vida relacionados al cáncer. Los marcadores de adaptación exitosa incluyen (a) un continuado y activo involucramiento en la vida diaria, (b) la habilidad de minimizar cualquier ruptura a los papeles de vida, y (c) la habilidad a regular el dolor emocional. Una variedad de adaptación de influencia de factores incluyendo aquéllos que se derivan del cáncer y del paciente y derivado de la sociedad; la fase de desarrollo adulta; y el curso clínico de cáncer (Holanda, 1989) y (Donald, Veach, 2000) dicho por (Kerns, Kassirer, Otis, 2002).

Otra investigación fue realizada con el dolor de esclerosis múltiple, ya que es una de las enfermedades más comunes de la población, la raíz de la investigación surgió de un modelo biopsicosocial, que consiste en un modelo multidimensional para entender la experiencia del dolor que puede ser desde una perspectiva apropiada para considerarlo esclerosis múltiple relacionado al dolor. Los tales modelos han demostrado la particularidad útil en el dolor comprensivo en otras condiciones dolorosas crónicas y Kerns ha propuesto recientemente en la adaptación de esta perspectiva para el dolor en la esclerosis múltiple. Según este modelo, se conceptúa el dolor crónico como un fenómeno multidimensional que da énfasis a la experiencia de dolor, así como la invalidez asociada y el dolor afectivo como la dimensión igualmente importante de la experiencia de dolor" crónico. El modelo como informado enfatiza la teoría y supone esos numerosos factores de vulnerabilidad que actúan recíprocamente con la tensión o desafíos de la experiencia de dolor (y la esclerosis múltiple, más generalmente) para influir en la adaptación de dolor y otros síntomas de la enfermedad además de la base neurobiológica de dolor, estas influencias incluyen tanto cognoscitivo, como comportamentalmente y los factores sociales como aquéllos que perfilan en la sección anterior. El modelo también explica y reconoce la naturaleza progresiva de esclerosis múltiple y da énfasis a la adaptación de naturaleza de desarrollo y dinámico ajuste. Finalmente, el modelo reconoce la importancia del contexto social en que las interacciones entre las vulnerabilidad y la tensión de esclerosis múltiple, puede contribuir al desarrollo de osteoporosis y el dolor asociado (e.g., las fracturas vertebrales) así como los dolores que aumentan al acostarse. (Kerns, Kassirer, Otis, 2002)

También existe, “Un modelo conceptual que resalta tres clases anchas de variables pertinente a la adaptación adulta al cáncer: la situación, la persona, y contexto de vida. Como ilustrado en este modelo, el proceso dinámico de adaptación al cáncer ocurre a la intersección de la única combinación de variables circunstanciales derivadas del cáncer; actuando recíprocamente con las variables de la persona derivadas del paciente; y dentro de un contexto de vida particular como influenciado por la cultura, el esquema relacionado con la persona , y de desarrollo de la fase. Adicionalmente, la relación entre la adaptación y calidad de

vida se ilustra. Se ve la calidad de vida como un resultado de la adaptación. Como el proceso continuado de adaptación es más exitoso entonces la calidad de vida mejora” (Donald, Veach, 2000)

"El dolor es una experiencia de ruptura donde la sensación prevalece sobre la representación. El displacer es la investidura de un recuerdo: la representación prevalece sobre la sensación. Con el dolor, sucede lo inverso. La experiencia de dolor provee una excelente facilitación entre estas neuronas (secretoras) y la huella anémica del objeto hostil cuya evocación liberará displacer en el afecto. El dolor es la reacción propia a la pérdida del objeto; la angustia, la reacción al peligro que esta pérdida entraña. El dolor físico podría cumplir también una función de reequilibramiento catártico y a la larga de reestructuración del aparato psíquico. El sufrimiento del cuerpo es tal vez un medio de dar satisfacción a Tanatos, de pagar de cierto modo esa deuda (de una muerte) con lo materno, de modo que algo de la pulsión de vida pueda instalarse. Como si pudiese tener lugar un duelo en acto" (Freud, 1977).

Para tomar una decisión sobre el tratamiento con conocimiento pleno de la información, es necesario que los pacientes entiendan los términos médicos que el médico utiliza. En este informe se incluye información de fondo sobre el dolor de cáncer, explicaciones sobre lo que causa este tipo de dolor, lo que puede prevenir que el dolor se controle eficazmente y los tratamientos que se utilizan para tratar el dolor. En red ([www. nccnpatientguidelines.com](http://www.nccnpatientguidelines.com), 2001).

El control eficaz del dolor se logra mejor con una estrategia de equipo que abarque a los pacientes, a sus familias y a los proveedores del cuidado de la salud. El médico deberá: Discutir el dolor y la forma de tratarlo con los pacientes y sus familias, animar a los pacientes para que participen activamente en su propio cuidado, asegurar a los pacientes que están renuentes a decir que tienen dolores, de que hay muchas maneras seguras y eficaces de aliviar el dolor, tomar en cuenta el costo de las tecnologías y de los fármacos propuestos, compartir con otros médicos que traten al paciente la evaluación y el control del dolor que se

hayan documentado, conocer las reglamentaciones estatales y locales sobre sustancias controladas. En red (www.nationalcancerinstitute.com)

En un estudio realizado los investigadores se dieron cuenta que cuando los clientes se perciben como los participantes activos en su propio proceso de cambio, ellos probablemente se atribuyen los resultados exitosos a su competencia personal, se motivan más favorablemente, y demuestran el cambio en la conducta. Por consiguiente, en la dirección de dolor, el consejero actúa como un colaborador con los clientes logrando sus metas, en lugar de como un experto que tiene las soluciones o el apuro rápido. CBT duelen en la dirección aconsejando firmemente basado en un fuerte, enfático, respetuoso y considerado para el cliente es forcejeo y experiencia. También es activo, limitado en el tiempo, y estructura un estilo que puede estar menos familiarizado a algunos consejeros. El consejero necesita ser sensible al hecho que este acercamiento activo también puede ser una nueva experiencia para los clientes y que ellos realmente pueden ser la excepción. La parte del escepticismo puede ser el resultado de las experiencias negativas de los clientes que han tenido con los esfuerzos de tratamiento del pasado. (Grant, Haverkamp, 1995)

Otro estudio demostró el éxito de la terapia conductual, por ejemplo en el Dolor Abdominal Recurrente que es un desorden de niñez asociado con los resultados adversos significantes incluso con la conducta de la enfermedad de costo personal y social alto y el riesgo que aumentada en el trastorno del adulto. La investigación demostró que los procesos de teoría de aprendizaje sociales de refuerzo y planeación son los contribuyentes probables al adulto y la conducta de la enfermedad del niño. La investigación también ha demostrado que la relación entre estos procesos y la conducta de enfermedad puede alterarse por intervenciones conductuales cognoscitivas que incluyen cambio en las consecuencias sociales para esa conducta. Los estudios con los niños con el RAP sugieren que las intervenciones conductuales cognoscitivas específicas, apuntó a los padres así como a los niños con el RAP, puede reducir o puede eliminar síntomas del RAP y puede alterar la buena conducta de la enfermedad (Levy, Walter, 2005).

Tratamiento Con Quimioterapia

El tratamiento con quimioterapia es enormemente eficaz para impedir el desarrollo de nuevos tumores, lleva consigo efectos colaterales, los mas comunes de los cuales son ansiedad, nauseas y vómitos. Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 25 y el 65% de los pacientes tratados con quimioterapia se sensibilizan al tratamiento, desarrollando reacciones de ansiedad y presentando nauseas antes del tratamiento. Hay pacientes que comienzan a vomitar nada mas entrando al centro oncológico, o cuando la enfermera les prepara para la infusión, incluso en algunos casos solo el pensar en el tratamiento les hace sentir nauseas, todos estos fenómenos ocurren por la reacción a la ansiedad del tratamiento (Suárez, 2005)

La Efectividad Del Tratamiento Cognitivo Conductual En La Rehabilitación

Varios apoyos de estudios y la utilidad de intervenciones psicológicas, con los estados de dolor diversos y síndromes como dolores bajos, dolores de cabeza, el síndrome del fibromialgia, el dolor de pecho no cardiaco, la artritis, el desorden temporomandibular y otros desórdenes, han sido ayudados a su mejoramiento. Los programas de rehabilitación de dolor interdisciplinarios son la opcion de tratamiento para los pacientes con el dolor crónico recalcitrante. Estos programas comprensivos son más eficaces que ningún otro tratamiento. Ellos incluyen dirección médica, terapia física, terapia profesional, terapia cognitiva conductual y consejo profesional. El enfoque de estos programas, es ayudar a los pacientes a aprender cómo a sanar su dolor y devolverse a las actividades de vida normal con las habilidades activas, mientras vuelven a crear su confianza en habilidades pasivas, como la anulación de actividad o medicación de dolor. Así, siendo consistente con la perspectiva de la terapia cognitivo comportamental el énfasis no está en la restauración de función de la cura. Los conceptos de psicología y técnicas, las estrategias particularmente cognoscitivas y conductuales describieron previamente, que están incorporadas dentro de estos programas (Turk, 2003).

Por consiguiente, en el ejemplo de la artritis que es una enfermedad que ataca casi siempre a la tercera edad, y esta acompañada de dolor y síntomas depresivos, no es conocida la relación causal entre estas dos sintomatologías. La calidad de interacciones interpersonales puede mediar la relación entre los síntomas de dolor y los depresivos. En un estudio realizado de regresión de series temporales multivariadas se investigan las relaciones entre los síntomas de dolor y depresión y la interacción social. Seis pacientes con RA fueron seleccionados a partir de historias médicas; los niveles diarios de los síntomas de dolor y depresión y los niveles de interacción social fueron registrados durante 60 días consecutivos. La intensidad del dolor fue un pronóstico significativo en la cantidad de varianza explicada por los síntomas depresivos para la calidad de interacción social en 4 participantes y las interacciones entre las variables para dos de los participantes. La calidad de interacción puede ser una importante contribución a los síntomas depresivos en pacientes con artritis reumatoidea (Tacher, Haynes, 2001).

Existen además, otros tratamientos con métodos opcionales, es el ejemplo de las investigaciones hechas a pacientes que sufren de reumatitis y están relacionados con el cáncer, el Doctor Fernando Santiago, estaba haciendo la investigación con dolor en pacientes con reumatitis pero le toco suspenderla por falta económica. “Al suspender la terapia con el LA y ante la insistente demanda de pacientes con dolor intratable de cáncer, decidí utilizar el suero obtenido en la extracción de sangre en pacientes con artritis reumatoidea severa, ya que estos pacientes presentan una casuística muy baja de cáncer, además, porque el factor reumatoideo característico de esta enfermedad con su relación y destructora acción sobre el tejido conectivo de los cartílagos y huesos, podría ser absorbido por la célula neoplásica dado su meteorito metabolismo y la avidez enzimática (que constituye su talón de Aquiles), para la destrucción de su propio tejido conectivo” (Santiago, 1996).

Psicoterapia De Grupo Con Pacientes Terminales De Cáncer

La orientación productiva del carácter y la apertura a otros, de que se habla en los manuales de psicoterapia de grupo, logran por el contrario un fácil establecimiento, que puede ser comprobado tanto a lo largo de la terapia, como en

las evaluaciones escalares posteriores, donde la ampliación de la conciencia personal y de la extroversión social son un fuerte indicativo de tal fenómeno. A nivel psicoprofiláctico, los resultados de esta investigación ofrecen amplias posibilidades en la denominada terapia integral de las enfermedades malignas y la cual incluye no solamente trabajo psicológico con el paciente sino idealmente con su familia. La diferencia entre lo que es incapacidad psicológica nacida del diagnóstico mismo y complicaciones secundarias cuya aparición y mantenimiento dependen del medio social y son al parecer prevenibles; una intervención psicológica así realizada, proporciona entonces beneficios personales al paciente y asesoría familiar que impidiese lo que el mismo autor denomina Síndrome del Colapso Social, que al iniciar su acción devastadora por un miembro de la familia podría hacerse luego extensiva al resto de personas de ese núcleo social (Florez, 1979).

El Efecto De La Endorfina

Existen Diversas estructuras en el cerebro que pueden secretar endorfinas en respuesta al estrés; entre ellas el hipotálamo, una región denominada la sustancia gris central que rodea el acueducto de Silvio y la glándula pituitaria. Junto con la corticotropina u hormona hipofisiaria adrenocorticotropica (ACTH por sus siglas en ingles) que activa las glándulas suprarrenales, se sabe que, como los demás narcóticos, las moléculas de las endorfinas se unen a focos llamados receptores que se localizan en la superficie de ciertas células nerviosas. El efecto es alterar la conciencia sensorial normal. Las endorfinas parecen desempeñar un papel significativo no solo en elevar el umbral del dolor, sino también en alterar las reacciones emocionales. Además, Hay pruebas de que también tienen una acción reciproca con hormonas como la adrenalina (Aceves, 1994).

Evaluación Del Dolor

Una evaluación apropiada del fenómeno del dolor debe comprender, desde una perspectiva multidimensional e interdisciplinar, información sobre las variables físicas, psicológicas, y sociales. Al respecto, se han propuesto diferentes modelos de evaluación. En 1987 se propone un modelo de contextos del dolor, que constituirán los niveles de análisis en los que los pacientes con dolor crónico

necesitan ser evaluados. Los cuatro contextos del dolor son los siguientes: el contexto I es el biomédico, en el que se analizarían la historia médica y quirúrgica del paciente, los diagnósticos físicos relacionados con los problemas de dolor, el uso de medicación, la historia médica familiar, el estatuto biofísico y neuroquímico y las relaciones médico-paciente. El contexto II se refiere a la dimensión experiencial, es decir, como el dolor es experimentado y expresado en el espacio vital del paciente. Se evalúan aspectos sensoriales y preceptuales del dolor, afectivos, la ejecución motora, las relaciones interpersonales, la descripción verbal del dolor y aspectos cognitivo-representacionales. El contexto III es la dimensión relacional y significativa, que se refiere a cómo las medidas de dolor se relacionan con los procesos de adaptación y calidad de vida del paciente. En dicho contexto se evalúa el desarrollo temporal del dolor, aspectos motivacionales relacionados con la rehabilitación, el ajuste mental y las distintas situaciones y por último el estadio IV se evalúa el marco sociológico y conceptual (Vera, 1996).

Calidad De Vida En Pacientes Con Cáncer

La determinación de la calidad de vida es fundamental para el tratamiento exitoso del cáncer¹ Este proceso comprende tanto a la enfermedad como a los efectos adversos asociados con la terapia oncológica. En Red (www.roche.com)

Calidad de vida en pacientes con CA de mama

El deterioro de la calidad de vida asociado con la administración concomitante de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer de mama no metastático, es similar a lo observado en pacientes que se someten al tratamiento secuencial. Estos resultados provienen de un estudio francés publicado en la edición del 15 de mayo de la revista Cáncer. En red (www.noticiasreuters.com)

Investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles le hicieron seguimiento a la salud de 291 pacientes de cáncer de próstata y hallaron que quienes tenían una relación de pareja reportaron una mejor salud psicosocial y espiritual y menos cáncer de próstata y problemas generales relacionados con cáncer que los hombres solteros. A los hombres que tenían relaciones de pareja también eran más capaces de tolerar su enfermedad y los síntomas relacionados

con el tratamiento, según el estudio, que está programado para aparecer en la edición del 1 de julio de Cáncer. En red (www.healthfinder.com)

Actualmente se le da gran importancia a la morbilidad subjetiva y al impacto, tanto de un tratamiento como de la enfermedad, en el estilo de vida del paciente. Este concepto es conocido como la calidad de vida y su inclusión como una medida de resultado en los ensayos clínicos en cáncer ha tenido gran respaldo en la literatura especializada. Con el propósito de evaluar la validez de contenido de un cuestionario para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama se les aplicó el cuestionario a 99 enfermas que estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia en 1999. En el análisis de los componentes principales se evidenció que existen 4 esferas diferenciables e independientes entre sí y la alta contribución de todas las esferas a la primera componente. Todas las esferas son relativamente independientes entre sí, con la excepción de la disfunción física y la afectación psicosocial. Se encontró una concordancia significativa pero baja. Existe correlación entre las 3 calificaciones y el índice calculado se asocia más con las evaluaciones del médico. Se obtuvo el coeficiente de similaridad basado en el porcentaje total de coincidencia entre cada ítem y la calificación de las esferas donde se observan correlaciones altamente significativas. Se llega a la conclusión que este cuestionario posee validez de contenido. Pero no debe ser la versión final del instrumento para evaluar calidad de vida. En red:(www.institutonacionaldeoncologiaencuba.com)

La calidad de vida de los pacientes con dolor por cáncer es significativamente menor comparada con la de los pacientes con cáncer que no tienen dolor (Ferrell, Rhiner, Cohen, et al., 1991) dicho por: (www.mdccancercenter.com). El efecto del dolor en cuatro áreas relacionadas con la calidad de vida (física, psicológica, social y espiritual). Los familiares y las personas cercanas a los pacientes con cáncer comparten el sufrimiento, la pérdida del control y el deterioro de la calidad de vida y experimentan también estrés social y psicológico. Los familiares que cuidan al enfermo necesitan dormir y aliviar la carga emocional y socioeconómica derivada de la enfermedad. En red: (www.mdccancercenter.com)

En conclusión, la CV no es un parámetro idóneo para argumentar un modelo de dignidad ante la finitud en la enfermedad oncológica; cuyo paradigma de este canon de dignidad sería la propuesta de la eutanasia ante una CV ínfima.

Siguiendo estos planteamientos, se hace necesario reconsiderar el binomio CV-eutanasia; al menos en los pacientes oncológicos. Sobre todo, porque la idea, aceptada en la actualidad, de que para realizar juicios y tomar decisiones acerca de la aplicación de la eutanasia al paciente que va a morir haya que centrarse en su CV, conceptualmente está muy extendida y consolidada. En red: (www.fluviom.com)

CONCLUSIONES

El dolor es uno de los problemas que mas prevalece en la población mundial.

También es uno de los fenómenos que produce sufrimiento y angustia ya que el ser humano esta casi todo el tiempo en busca del placer. Pero desafortunadamente, es un mal que es casi imposible de evitar, ya que el dolor no es más que la manifestación de alguna falla del organismo, pues si no fuera así, casi que se estaría expuesto a la total ignorancia de alguna enfermedad que podría desencadenar en un fatal acontecimiento.

Pero con los pacientes de cáncer, el dolor es diferente, ya que es un sufrimiento que para nosotros puede ser solamente agudo, para estos pacientes es algo crónico, que afecta no solo su parte orgánica, sino que va acompañado por una serie de terribles sentimientos emocionales, que influyen en la baja autoestima e intolerancia, llevándolos en algunos casos, a un mal manejo de una depresión y esto los conlleva a problemas psicosociales aislándose de amigos y familia.

Al tocar el tema de la familia, se puede reflexionar acerca de la importancia que ésta tiene sobre el paciente que padece de cáncer, la razón se explica por el padecimiento de esta enfermedad, sometiendo al paciente a problemas con la pareja, hijos y otros familiares, además que lleva al sistema a sufrir una serie de agotamientos físicos y emocionales que en algunos casos pueden ser a tiempo indefinido, ya que el cáncer se padece durante años y cuando no hay cura, hay que sufrir y llevar el duelo de la perdida de un ser querido.

Ahora bien, después de la anterior introducción, aparece la importancia de la psicología como parte fundamental en el proceso de la enfermedad, ya que para volver a establecer a la persona y volverla a estructurar, es necesario la ayuda de un profesional, ya que después de un diagnostico tan difícil pero a la vez tan importante, se desata una serie de problemas que van adjuntos a la enfermedad, como son el dolor, la angustia y el miedo a la muerte, entonces que mas que la ayuda de una buena intervención psicológica, pero que va estrechamente relacionada, con un trabajo interdisciplinar.

Pero la psicología, no solo trabaja el manejo del dolor y el restablecimiento de la red de apoyo, también se encarga en una parte fundamental para la cura, como lo es mejorar la calidad de vida del paciente. Se considera que esta fase del proceso es de vital importancia para el tratamiento, ya que una vez mejorada la calidad de vida, el paciente obtiene fuerza para llevar exitosamente su proceso y ojala que en todos los casos un “final feliz”.

Referencias

Ambrojo, J. (2005). *Diferentes Formas De Vivir El Dolor*. Diario El País. Disponible en Internet. <http://www.elpais.com/salud/diferentesformasdevivireldolor>.

Aceves, H. (1994). *Crimen y Serenidad. Como Nos Llega la Muerte*. Ed. Norma.

Bustamante, J. (2001). *Vías Medulares. Neuroanatomía Funcional y Clínica (3 ed)*. Colombia. Celsus.

Bermejo, F. (1991). ¿Qué es y en que consiste el miembro fantasma?. *Neurología Clínica*. (Madrid). Ed. Díaz de Santos. p. 212

Borrayo, E; Guarnaccia, Ch; Mahoney, M. (2001). Prediction of Breast Cancer Screening Behaviour Among Older Women of Mexican Descent: Applicability of Theoretical Models. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 1(1). ISSN: 1576-7329

Breen, J. (2002). Transition In The Concept Of Chronic Pain. *Advances In Nursing Science*. Vol. 24(4).

Cepeda, S., Ruiz, F., Moyano, J. (1995). *Generalidades del Dolor. Guía Clínica practica del Dolor por Cáncer*. Colombia. Ministerio de Salud.

Comeche, M., Diaz, M., Vallejo, M. (1999). Cognitive Factors In Chronic Pain. *Psychology in Spain*. Volumen 3 No 1. 75-87

Cervantes, J., Lechuga, D. (2004). The Meaning of Pain: A Key to Working with Spanish-Speaking Patients with Work-Related Injuries. California. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 35(1). ISSN: 0735-7028

Childs, T. (2003). A Practical Approach To Fibromyalgia. *Journal Of The National Medical Association*. Vo. 95(4).

Donald, N, Veach, T. (2000). The Psychosocial Assessment Of The Adult Cancer Patient. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol.33 (1). ISSN:0278-1333

Echeverri, M., Porras, C., Ballesteros, B., Javeriana, P.U. (2004). Características espirituales y Religiosas de Pacientes con Cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología, *Universitas Psicológica*, 3 (2), 232-246. ISSN 1657-9267.

En red: [http://www.monografias.com/conferencia episcopal española 1993/El hombre ante el dolor y la muerte](http://www.monografias.com/conferencia%20episcopal%20espa%C3%B1ola%201993/El%20hombre%20ante%20el%20dolor%20y%20la%20muerte)

En red: [http://www.odontopediatria.com/psicologia/ dolor y la ansiedad en el diagnóstico popular.](http://www.odontopediatria.com/psicologia/dolor%20y%20la%20ansiedad%20en%20el%20diagn%C3%B3stico%20popular)

En red: <http://www.el-mundo.es/magazine/m75/textos/placebo1.html>

En red: <http://www.buenasalud.com/diarioelmercurio/loefectosindeseadosdelplacebo>

Eccleston, C. (2001). Role Of Psychology in Pain Management. *British Journal Of Anaesthesia*. Vol.87(1).

Eric, S; Raymond, F. (2001). The Role Of The Psychologist On The Multidisciplinary Pain Management. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 32(2). Ed. American Psychological Association. ISSN: 0735-7028

En red:

[http:// www. nccpatientguidelines.com/nccntratmentguidelinesforpatientstoday](http://www.nccpatientguidelines.com/nccntratmentguidelinesforpatientstoday)

En red: <http://www.nationalcancerinstitute.com/dolor>

En red: <http://www.roche.com/anemia/calidaddevida>

En red: <http://www.noticiasreuters.com/salud/calidadevidaenpacientesconcademama>

En red: <http://www.healthfinder.com/parejascariñosasayudanapacientesconcacer>

En red: <http://www.institucionacionaldeoncologianecuba.com/validezencalidadevida>

En red: <http://www.mdccancercenter.com/cancer/controlycalidaddevida>

En red: <http://www.fluviom.com/eutanaciaenpacientesconcancer>

Ferrero, J; Toledo, M; Barreto, P. (1995). Evaluación Cognitiva y Afrontamiento Como Predictor del Bienestar Futuro de las Pacientes con Cáncer de Mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 27(1).

Freud, S. (1977). Un Tratamiento del Dolor. *Proyecto para una psicología para neurólogos*. Apéndice C, Tomo I. ed. Amorrortu

Florez, H. (1979). Psicoterapia de Grupo en Pacientes de Cáncer. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 2(1).

Giraldo, P. (2002). Manejo del Dolor. Disponible en Internet. . www.monografias.com

Glajchen, M. (2003). Role Of Family Caregivers in Cancer Pain Management. *Cancer Pain: Assessment and Management*. Ed. Cambridge University.

Grant, L, Haverkamp, B. (1995). Acognitive-Behavioral Approach to Chronic Pain Management. *Journal Of Counseling and Development*. Vol 20

Kayser, K, Sormanti, M. (1999). Women Coping With Cancer. *Psychology Of Women Quarterly*. Vol. 23(4).

Kerns, R, Kassirer, M, Otis, J. (2002). Pain In Multiple Sclerosis: A Biopsychosocial Perspective. *Journal Of Rehabilitation Research and Development*. Vol. 39(2).

- Levy, R, Walker, L. (2005). Cognitive behaviour Therapy For The Treatment Of Recurrent Abdominal Pain. *Journal Of Cognitive psychotherapy*. Vol.19(2).
- Stefani, D; Seideman, S; Pano, C; Arichi, L. (2003). Los Cuidadores Familiares De Enfermos Crónicos: Sentimientos De Soledad, Aislamiento Social Y Estilos De Afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 35(1).
- Neurology. (2002). Manejo de Dolor Neuropatico Crónico. Iladiba: *Medicina para el Medico del Nuevo Milenio*, 17 (4), 46-47. ISSN 0120-9620
- Novoa, M; Cruz, C; Rojas, L; Wilde K. (2003). Efectos Secundarios De Los Tratamientos Del Cáncer De Próstata Localizado En La Calidad De Vida. *Universitas Psychology*, Vol. 2(2). ISSN: 1657-9267.
- Russo, C, Brose, W. (1998). Chronic Pain. *Annual Review Of Medicine*. Vol.49
- Red:<http://www.cancerpainatmedtronic.com/cancerpaininformation/symptomsandpaintreatmentsavailable>
- Stokes, M. (2000). Tratamiento del Dolor en Rehabilitación Neurológica. *Rehabilitación Neurológica*. Londres. Harcourt.
- Silva, H. (2002). Placebo: Un tratamiento Difícil de Superar. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*. 40 (2).
- Santiago, F. (1996). Inflamación y Dolor. *Revista Medica Selecta*. Vol. 2
- Suárez, A. (2005). Evaluación y Tratamiento Psicológico del Cáncer. Diplomado de Psicología de la Salud. No publicado
- Turk, D. (2003). Cognitive Behavioral Approach to the Treatment Of Chronic Pain Patients. *Regional Anaesthesia and Pain Medicine*. Vol. 28(6).

Tacher, I, Haynes, S. (2001). A Multivariate Time Series Regresión Study Of Pain, Depresión Symptoms and Social Interaction in Rheumatoid Arthritis. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 1(1). ISSN: 1576-7329

Urguelles, L. (1998). Dolor y Cáncer. *Selecta Medica*, 3, 25-26.

Valderrama, P; Carbellido, S; Domínguez, B. (1995). Ansiedad y Estilos De Afrontamiento En Mujeres Con Cáncer Cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 27(1).

Vera, M.N. (1996). Evaluación de las Cefaleas Psicósomáticas. En G Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs): *Manual de Evaluación en psicología Clínica y de la Salud*.

Zas, B., Carbonell, M., Nancy, R., Grau, J. (1995). El Tratamiento Psicológico del Dolor. Un Programa para el Desarrollo de Habilidades para el Trabajo Multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27 (1), 9-11.